

Рекомендована д.ф.н., професором Т.Г.Ярних

УДК 615.451.014: 615.015.32: 616-009: 615.322: 549

СИНДРОМ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ: ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМКИ ЛІКУВАННЯ

С.О.Тихонова, Г.І.Квітчата, О.О.Гайдукова

Національний фармацевтичний університет
Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації

Представлено аналіз наукової інформації про синдром хронічної втоми (СХВ). Розглянуто найбільш поширені теорії, які пояснюють причини виникнення та розвитку даної патології. Наведені основні принципи діагностики та лікування СХВ. Розробка комплексного гомеопатичного препарату стане досить перспективним напрямком терапії даної патології.

Останнім часом особливу увагу лікарів привертає синдром хронічної втоми (СХВ). Підвищена стомлюваність і загальна слабкість є частими скаргами хворих, які приходять на прийом до лікаря.

СХВ або фатиг-синдром (від франц. *fatigue* — слабкість, втома) — симптомокомплекс невиявленої етіології, що характеризується почуттям глибокої втоми в сполученні з численними системними і нейропсихічними проявами. Він триває не менше 6 місяців і суттєво порушує життєву активність [4, 9, 16].

Як самостійне захворювання СХВ вперше був виділений у 1988 р. Центром з контролю захворювань (The Centers for Disease Control — Атланта, США). Але ця хвороба не нова, подібні стани були описані лікарями ще в кінці XIX ст. під назвами “неврастенічний синдром”, “астенодепресивний синдром”, “нейроміастенія”, “міалгічний енцефаломієліт”, “хронічна Епштейн-Барр вірусна інфекція”, “неврастенія”, “нейроциркуляторна астенія” та інші [2, 4, 5, 13]. Довгий час трактування цього захворювання носило дискусійний характер.

За різними даними захворювання на хронічну втому складає 10-37 випадків на 100 тисяч населення [2, 4]. Встановлено, що жінки хворіють частіше, ніж чоловіки, а молоді частіше, ніж люди похилого віку. Найбільш вразливі до цього захворювання люди віком від 25 до 45 років [1, 9, 16].

СХВ був вперше виділений в Україні як самостійний симптомокомплекс при обстеженні жителів м. Києва та Київської області через 3 роки після аварії на Чорнобильській АЕС [3]. Пізніше було встановлено широке розповсюдження даного синдрому серед населення, яке проживає в

екологічно несприятливих регіонах, наприклад, такому як Донбас, Київська та Житомирська області, де мешканці піддаються негативному впливу ксенобіотиків або радіаційному фактору низької інтенсивності [2, 3].

Етіологія. На сьогодні не встановлено чітко визначеної причини СХВ. Існують різні гіпотези щодо природи захворювання, кожна з яких має право на існування.

Найбільш популярною є гіпотеза про вірусну природу захворювання. Причиною розвитку можуть стати наступні віруси: інфекційного мононуклеозу (Епштейн-Барр), герпесу, цитомегаловіруси, лайм-боррелій, віруси Коксаки, ентеровіруси, респіраторні, вітряної віспи, ретровіруси [4, 6, 9]. Сприятливими факторами служать депресія, порушення сну, неправильне харчування та інше. Серед причин також можуть бути перенесені хронічні інфекції (гепатит С, тяжкі форми грипу, вірусної пневмонії, менінгіт), деякі ТОРЧ-інфекції [1, 4, 9]. Дослідники однієї з клінік Каліфорнії висунули гіпотезу, що хворобу викликає токсин арабінол, який продукують дріжджові гриби роду *Candida*. Здоровій людині токсин не шкодить, але стає небезпечним для тих, у кого послаблений імунітет [4, 9, 10].

Існує гіпотеза, що СХВ є генетично детермінованим станом і йому властива сімейна схильність [4, 11, 13]. Японські дослідники називають СХВ аутоімунним синдромом втоми (Autoimmune fatigue syndrome (AIFS)). Вони встановили, що СХВ зв'язаний з антигенами HLA-B61 та HLA-DR9, що підтверджує генетичну детермінованість цього стану [13].

Викликати СХВ можуть різні психологічні фактори, які призводять до розладу психіки, порушення сну, фобій, ятрогеній, вегетативно-судинних дистоній [7, 10, 11, 15]. Пусковим механізмом служать різні психічні навантаження, особливо в період стихійних лих, військових дій, екологічних катастроф та інше. Деяке значення у виникненні СХВ має також дисфункція ендокринної системи, підвищений вміст та метаболізм серотоніну в ЦНС,

хронічні отруєння відомими і невідомими речовинами [7, 8, 11, 12].

Серед соціальних причин виникнення СХВ можна назвати такі: інтенсивна, довготривала праця без періодів відновлення (впродовж доби, тижнів, місяців, робота без відпусток), виробничі та побутові стреси, незбалансоване харчування, хронічна перестимуляція тонізуючими засобами (кавою, чаєм, алкоголем, тоніками) [1, 6, 9]. Забруднення навколишнього середовища також може відігравати певну роль в етіології СХВ, але ця гіпотеза потребує доказів [1, 4].

Таким чином, це захворювання є багатопричинним і пов'язаним з порушеннями діяльності внутрішнього середовища та шкідливим впливом зовнішнього середовища на організм людини.

Патогенез. Враховуючи поліетіологічність захворювання, виділяють декілька теорій патогенезу СХВ, які пояснюють його розвиток, але всі вони є гіпотетичними і потребують подальшого вивчення [7, 12].

Одна із теорій розглядає вплив різноманітних шкідливих факторів, що можуть призвести до активації чи дезінтеграції імунної системи. Тому СХВ часто називають синдромом хронічної втоми та імунної дисфункції [4, 11, 13]. Більшість дослідників вважає, що хвороба постійно впливає на імунну систему, змушуючи її виробляти велику кількість активних речовин — цитокінів. Ці речовини борються з інфекцією, викликаючи у хворого відчуття нездужання: лихоманку, підвищення температури, біль у м'язах [4, 7, 11, 13].

Провідні американські психонейроімунологи Д. Гольдштейн і Д. Соломон (1992) довели, що у хворих на СХВ відбувається розлад регуляції центральної нервової системи (ЦНС), головним чином її скронево-лімбічної області [11]. Лімбічна система здійснює зв'язок ЦНС з вегетативною, керуючи діяльністю внутрішніх органів. Від її роботи значно залежать наша пам'ять, працездатність, емоції, чергування сну та інше. Тобто ті ж функції, що порушені у хворих на СХВ [1, 7, 11].

Дослідження нейроендокринних порушень у пацієнтів із СХВ з домінуючими психічними причинами показали глибокі зміни в діяльності гіпоталамусу і шляхів обміну серотоніну [7, 8]. У більшості таких хворих виявляли прояви гіпокортизолемії або низьку здатність продукції глобулінів та есенціальних білків для транспорту кортизолу в кров [12]. Більш специфічними виявилися порушення серотонінового обміну, що підтверджено позитивними результатами використання агоністів серотоніну [8]. Окрім того, спостерігається церебральна дисфункція, що включає порушення центральної ендокринної регуляції, сенсорну, моторну, когнітивну та емоційну дисфункцію, пароксизмальні стани та порушення сну [4]. Можуть спостерігатися розлади діяльності ве-

гетативної нервової системи: схильність до гіпотензії з брадикардією чи гіпотензії з тахікардією, однак, ці зміни вважаються вторинними [7, 8, 12]. Численні дослідження довели, що при СХВ спостерігається значне підвищення рівня мелатоніну в першій половині ночі, що призводить до виникнення безсоння [12, 14]. Все це дає підстави розглядати СХВ як порушення гіпоталамічної та ендокринної системи і симпатичного відділу вегетативної нервової системи, які забезпечують реакцію організму на стрес [4].

Таким чином, в основі СХВ лежать порушення основних регулюючих систем організму — нервової, ендокринної та імунної.

Клініка. Клінічна картина СХВ досить різноманітна. Хвороба може розвиватися як поступово — у результаті дії постійного стресу, тривалих навантажень і “виснаження організму”, так і раптово — після перенесеної інфекції [5, 9]. Основним проявом захворювання є почуття неясної втоми, що не зникає після тривалого відпочинку. Типовими клінічними симптомами є слабкість, швидка втомлюваність, розлади уваги, підвищена дратівливість, лабільність психіки, головний біль, порушення сну. Хворі відмічають зниження ваги (незначне, але об'єктивне для них), а у пацієнтів, що ведуть фізично малоактивний спосіб життя — ожиріння I-II стадій. Все це супроводжується болями у суглобах, найчастіше великих і у хребті, апатією, безраднісним настроєм, емоційною пригніченістю та депресією [4, 15, 16]. Можуть спостерігатися світлобоязнь, кишкові розлади, фарингіт, запаморочення, сухість слизових оболонок очей та рота, припухлість і болючість лімфатичних вузлів. Проявів величезна кількість. Крім того, у пацієнтів із СХВ можна виявити коливання рівня артеріального тиску, прискорене серцебиття, ознаки урогенітальної інфекції та інше [1, 9, 11]. Досить важливим є те, що дана симптоматика перебігає прогресивно і не може бути пояснена ніякими соматичними захворюваннями [1, 5, 9].

Діагностика. Питання діагностики СХВ є досить актуальним, бо СХВ — це діагноз, що ставиться методом виключення. Для діагностики СХВ використовуються критерії, опубліковані в 1988, 1991, 1992 і 1994 роках Центром з контролю захворювань (США), які містять у собі комплекс великих, малих і об'єктивних критеріїв [9]. Показними діагностичними критеріями служать: неминаюча втома і зниження працездатності (не менше ніж на 50%) у раніше здорових людей протягом останніх шести місяців; виключення інших причин або хвороб, що можуть викликати хронічну втому.

До малих симптоматичних критеріїв захворювання відносять наступні критерії. Захворювання починається раптово, як і при грипі, з такими симптомами як підвищення температури до 38°C; біль у горлі; невелике збільшення (до 0,3-0,5 см)

і біль у шийних, потиличних і піхвових лімфатичних вузлах; м'язова слабкість; болі в окремих групах м'язів (міалгії); мігруючі болі у суглобах (артралгії); періодичні головні болі; швидка фізична стомлюваність з наступною тривалою (більше 24 годин) втомою; розлади сну (гіпо- або гіперсомнія); нейропсихічні розлади (фотофобія, зниження пам'яті, підвищена дратівливість, сплутаність свідомості, зниження інтелекту, неможливість концентрації уваги, депресія).

Об'єктивними (фізикальними) критеріями служать: субфебрильна лихоманка, неексудативний фарингіт, чітко пальповані шийні або піхвові лімфовузли.

Діагноз СХВ встановлюється при наявності:

- великих критеріїв, 6 (або більше) малих симптоматичних критеріїв і 2 (або більше) фізикальних критеріїв;
- великих критеріїв, 8 (або більше) малих симптоматичних критеріїв [9].

Для правильної діагностики СХВ необхідна диференційна діагностика з іншими захворюваннями, симптоми яких подібні до СХВ. Виключаються наступні патології: хронічні захворювання серця, психіатричні захворювання, захворювання щитоподібної залози, захворювання сполучної тканини, гематологічні та онкологічні захворювання, хронічні інфекції, ендокринні захворювання (наприклад, Аддісонова хвороба), запальні захворювання кишечника, ревматичні хвороби, неврологічні захворювання, отруєння важкими металами, наркотиками, алкоголем і наслідки опромінення, СНІД [5, 9]. Грунтуючись на визначенні Центру з контролю захворювань (The Centers for Disease Control — Атланта, США), не можна виділити жодного симптому, який би підтвердив діагноз СХВ. СХВ діагностується за симптомокомплексом, а не за окремими симптомами [9].

Загальновизнаним є те, що на сьогоднішній час немає досить чутливих або специфічних тестів для постановки діагнозу СХВ [3, 6]. Тільки комплекс клініко-лабораторних, біохімічних, імунологічних та інструментальних досліджень дає можливість підтвердити цей діагноз [1, 3, 9]. Клітинні дослідження є першим і дуже важливим кроком у трактуванні, диференційній діагностиці і побудові стратегії дослідження і лікування СХВ [3, 8, 11]. Але слід враховувати, що навіть при проведенні всіх тестів явні ознаки прояву даного захворювання можуть не спостерігатися [3, 9].

Лікування. Оскільки етіологія СХВ є неясною і повністю невизначеною, а діагностика СХВ нечітка, то немає раціональної схеми лікування. Відомі різні лікувальні підходи з різними результатами [1, 2]. Незаперечним є те, що лікування повинно включати дозовані фізичні навантаження і вправи, пішохідні прогулянки, психотерапію з поведінковою корекцією, імунореабілітацію, фармакологічні засоби, харчові добавки і т.п. [7].

Дотепер не існує лікарського препарату, призначеного спеціально для лікування СХВ, а існують лише терапевтичні методи, що іноді допомагають зменшити прояви хвороби. У лікувальний комплекс в обов'язковому порядку повинні включатися:

- нормалізація режиму відпочинку і фізичного навантаження;
- розвантажувально-дієтична терапія;
- загальний або хоча б сегментарний масаж разом з гідропробами (кисневі ванни і душ Шарко) з лікувальною фізкультурою;
- аутогенне тренування або інші активні методи нормалізації психоемоційного фону у т.ч. група психотерапія;
- вітаміни та мінерали (В₁, В₆, В₁₂, С, А, селен, германій, цинк, залізо або полівітамінні препарати з мінеральними добавками);
- імунокоректори загального плану з ясно вираженим загальним адаптогенним ефектом;
- при виявленні маркерів вірусної інфекції — противірусне лікування (інтерферони, імуноглобуліни, ацикловір, ампліген, амантадин);
- короткі курси введення малих доз антидепресантів, транквілізаторів та нейролептиків (флуоксетин, сертралін, пароксетин, алпразолам, лоразепам, азалептин);
- інші допоміжні засоби (ентеросорбенти, ноотропні засоби та інші симптоматичні лікарські препарати і впливи);
- симптоматична терапія — нестероїдні протизапальні засоби (диклофенак, мелоксикам, ібупрофен та ін.) або знеболюючі (зокрема парацетамол) [1, 4, 7, 16].

Є повідомлення про певну користь гомеопатичних лікарських препаратів у комплексному лікуванні СХВ, а низька ефективність синтетичних лікарських засобів із звуженим спектром дії (антидепресанти, антивірусні, знеболюючі тощо) і велика кількість побічних ефектів з їх боку наштовхує на пошук нових лікувальних комплексів у області гомеопатичної медицини. Перевагою гомеопатичних засобів є те, що вони не викликають звикання і фармакологічної залежності, не виявляють алергічної дії, відновлюють енергетичний баланс і активують природні захисні сили організму, їх можна застосовувати в будь-якому віці тривалий час без розвитку побічних ефектів. Арсенал препаратів для боротьби з СХВ досить великий: *Chininum arsenicosum*, *Acidum phosphoricum*, *Gelsemium*, *Arsenicum album*, *Phosphorus*, *Lycopodium* та ін. Тому перспективним напрямком у терапії цього захворювання буде розробка комплексного гомеопатичного препарату для лікування даної патології [1, 17].

ВИСНОВКИ

1. СХВ є серйозною медичною проблемою. Незважаючи на певні досягнення у вивченні даної

патології, багато що в генезі захворювання залишається незрозумілим і потребує подальшого вивчення.

2. Актуальність досліджень обумовлена несприятливою екологічною ситуацією на Україні та зростанням багатьох чинників, які спричиняють

розвиток СХВ. Лікувально-профілактичні програми вимагають подальшого вдосконалення, саме тому гомеопатичний метод лікування є альтернативним напрямком терапії даного захворювання.

3. Перспективним є створення комплексного гомеопатичного препарату для терапії СХВ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Волошин О.І., Пішак О.В., Васюк В.Л. та ін. // *Фітотерапія*. — 2005. — №1. — С. 3-10.
2. Дзяк Л.А., Шульга А.Н. // *Международ. мед. журн.* — 2002. — Т. 8, №1-2. — С. 53-57.
3. Драннік Г.М., Фролов В.М. // *Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Зб. наук. праць*. — К.; Луганськ; Х., 2003. — Вип.1 (47). — С. 74-82.
4. Нягу А., Логановський К. // *Ліки України*. — 2001. — №2. — С. 45-49.
5. *Справочник-путеводитель практикующего врача. 2000 болезней от А до Я / Под ред. И.Н.Денисова, Э.Г.Улумбекова*. — М.: Геотар-Мед, 2001. — С. 846-847.
6. Buchwald D. *Post-viral Fatigue Sindrom* / Ed. by R.Jenkins and J.Mowbray. — 1991. — P. 117-136.
7. Cleare A.J. // *Endocrine rev.* — 2003. — Vol. 24 (2). — P. 236-252.
8. Dinan T.G., Majeed T., Lavelle E. et al. // *Psychoneuroendocrinol.* — 1997. — Vol. 22. — P. 261-267.
9. Fukuda K., Straus S.E., Hickie I. et al. // *Ann. Intern. Med.* — 1994. — Vol. 121. — P. 9-953.
10. Gerrity T.R., Bates J., Bell D.S., Chrousos G. et al. // *NeuroImmunoModulation*. — 2002. — Vol. 10. — P. 134-141.
11. Goldstein J.A. *CFS: limbic encephalopathy in a dysfunctional neuroimmune*. — Ottawa: The Nightingale Research Foundation, 1992. — P. 400-406.
12. Heim C., Ehlert U., Hellhammer D.N. // *Psychoneuroendocrinol.* 2000. — Vol. 25. — P. 1-35.
13. Ito Y., Igarasbi T., Tatsuma N. // *Autoimmunity*. — 2000. — Vol. 32(3). — P. 1492-1498.
14. Knook L., Kavelaars A., Sinnema G. et al. // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* — 2000. — Vol. 85 (10). — P. 3690-3692.
15. Straus S.E. // *BMJ*. — 2002. — Vol. 324. — P. 124-125.
16. Whiting P., Bagnall A.M., Sowden A.J. et al. // *JAMA*. — 2001. — Vol. 286. — P. 520-527.
17. Weatherley-Jones E., Nicholl J.P., Thomas K.J. et al. // *J. Psychosomatic Res.* — 2004. — Vol. 56. — P. 97-189.

УДК 615.451.014: 615.015.32: 616-009: 615.322: 549
 СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ: ОБЗОР ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ
 С.А.Тихонова, А.И.Квитчатая, Е.А.Гайдукова
 Представлен анализ научной информации о синдроме хронической усталости (СХУ). Рассмотрены наиболее распространенные теории, которые объясняют причины возникновения и развития данной патологии. Приведены основные принципы диагностики и лечения СХУ. Разработка комплексного гомеопатического препарата станет достаточно перспективным направлением терапии данной патологии.

UDC 615.451.014: 615.015.32: 616-009: 615.322: 549
 THE CHRONIC FATIGUE SYNDROME: REVIEW OF THE PROBLEM AND PERSPECTIVES OF ITS TREATMENT
 S.A.Tikhonova, A.I.Kvitchataya, Ye.A.Gaydukova
 The analysis of the scientific information about the chronic fatigue syndrome (CFS) has been presented. The most widespread theories, which explain the causes of the origin and development of this pathology, have been considered. The basic principles of diagnostics and treatment of the CFS have been given. The development of a complex homoeopathic drug will become a rather promising direction of this pathology's therapy.